

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

173

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymonde Ilone BERNARD-BACZKIER

Née le 23 juillet 1932, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 1961

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PRÉMÉDICATION BARBITURIQUE
CHEZ LE MALADE AMBULATOIRE
EN ODONTO-STOMATOLOGIE**

Président : Monsieur DECHAUME (Professeur)

Imprimerie A. DEFFAY
44, Avenue du Président-Wilson
MONTREUIL (Seine)
1961

100

1875-1876

1877

11

7. 12. 22

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymonde Ilone BERNARD-BACZKIER

Née le 23 juillet 1932, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 1961

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PRÉMÉDICATION BARBITURIQUE
CHEZ LE MALADE AMBULATOIRE
EN ODONTO-STOMATOLOGIE**

Président : Monsieur DECHAUME (Professeur)



Imprimerie A. DEFFAY
44, Avenue du Président-Wilson
MONTREUIL (Seine)
1961



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	SICARD (A)
(Cochin)	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

MM.

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal)	VARANGOT
obstétricales (Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et	
comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

	(CABROL (C)
Anatomic.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m. conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDOUX-LEBAR (G)
Embryologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie.....	{ BILSKI-PASQUIER (G) { DAUSSET (J) { COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	{ MAROIS (M) { RACADOT (J) { CORNET (A)
Hydrologie.....	{ BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène.....	{ CORRE-HURST (Mme L) { BASTIN (R)
Maladies infectieuses.....	{ DUPONT (V) { DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale.....	{ HADENGUE (A) { FOURNIER (E) { GUENIOT (M)
Médecine du travail.....	{ ALBAHARY (C)
Neurologie.....	{ LHERMITTE (F) { GRANJON (A) { HERVET (E) { LE LORIER (G)
Obstétrique.....	{ MORIN (P) { MUSSET (R) { ROBey (M) { THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie.....	{ BREGEAT (P) { SARAUX (H) { JUDET (R)
Orthopédie.....	{ RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie.....	{ DEBAIN (J)
Parasitologie.....	{ BRUMPT (L.C) pr.s.ch. { CHABAUD (A) { BARCAT (J) { BINET (J.P.) { CAUCHOIX (J) { CHATELIN (C.L) { DUBOST (Ch) { DUBOST (Cl) { FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale.....	{ FLABEAU (F) { GERMAIN (A) { LOYGUE (J) { MERCADIER { PERROTIN (J) { ROBERT (H) { THOMERET (G)
Pathologie exotique.....	{ SCHNEIDER (J)

MM.

	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(PLAS (F)
Pathologie expérimentale	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
	(CATINAT (J)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (CL)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
Clinique	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
chirurg.	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	
	(ROUX (M)	rhino-laryng.}	(MADURO (R)
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- }	
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	(LAPLANE (R)
	pr.s.ch.	puériculture }	
Clinique	(DOMART (A)	Clinique }	
médicale	(PERRAULT (M)	psychiatrique}	(BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique }	
	(THIEFFRY (S)	urologique }	(KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
 Biochimie médicale..... ETTORI (J) pr. à t.pers.
 Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
 Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G)
 Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction

de la bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)

Conservateurs..... Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)

Bibliothécaires..... Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
 qui lui seront présentées, doivent être considérées
 comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
 donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

A la mémoire de mes Grands-Parents,

A ma Mère,

Que je ne pourrai jamais
assez remercier, faible
marque de ma grande af-
fection et de ma recon-
naissance.

A mon Mari,

Témoignage de mon profond
attachement.

A ma Fille,

A mes Tantes et Oncles,

A mes Cousins,

A mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur M. DECHAUME,

Professeur de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur SCHMIDT,

Avec nos plus vifs
remerciements.

A notre Jury de Thèse,

A nos Maîtres dans les Hôpitaux
de Paris.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PREMEDICATION BARBITURIQUE
CHEZ LE MALADE AMBULATOIRE
EN ODONTO-STOMATOLOGIE

-:-

INTRODUCTION

:-

Il est actuellement de règle de prémédiquer tout sujet avant n'importe quelle intervention chirurgicale en milieu hospitalier et, plus simplement, chaque fois que l'on compte utiliser une drogue anesthésique. D'abord employée seulement avant l'anesthésie générale, la prémédication s'est étendue aux interventions sous anesthésie locale. Cependant, ce dernier emploi n'est pas encore généralisé en milieu hospitalier et demeure souvent inconnu dans l'exercice privé. Nous voudrions étudier ces problèmes dans le cas des interventions du stomatologiste et du chirurgien-dentiste.

La médication pré-opératoire a pour but de diminuer l'activité psychique du patient et sa perception du monde extérieur, ce qui nous assure une meilleure coopération de sa part.

Ainsi préparés, les malades entrent en salle d'opérations détendus et confiants, bien différents de ceux qui, non prémédiqués, suivent angoissés, tachycardiques (pouls à 110 et plus) et tremblants.

Ces avantages peuvent se retrouver et se vérifier dans le cas de malades ambulatoires, ne devant subir d'intervention que sous anesthésie locale, chez qui s'ajoute aux angois-

ses précédentes et à la peur de l'inconnu, la crainte de la douleur.

Pourquoi ne pas apporter également à ces patients, l'aide de la prémédication ?

Et même, étant donné son innocuité, nous n'hésitons pas parfois à l'offrir à des sujets pusillanimes ; ne nécessitant que des soins peu douloureux. Sinon ils négligeront et laisseront évoluer leurs lésions, faute d'avoir su dominer leurs craintes.

La prémédication permet aussi d'éviter l'hyper-adrénalinémie émotive et les accidents imprévus qu'elle peut provoquer. Procurée par des barbituriques, comme le Mébutal ou le Pentobarbital (spécialisé sous le nom de Nembutal), sujet de notre étude, elle écarte aussi les possibilités d'accidents dûs à des intolérances aux anesthésiques locaux dont les barbituriques sont les antidotes.

La quantité d'anesthésique utile à l'analgésie sera de plus notablement diminuée, malgré le peu de pouvoir analgésique des barbituriques.

LITTERATURE

-:-

Nous avons introduit dans notre thèse ce chapitre de "littérature" afin d'étudier les points de vue de quelques auteurs au sujet de la prémédication en odonto-stomatologie, des raisons pour lesquelles il faut l'appliquer, et des divers médicaments que l'on peut utiliser.

o

L'angoisse dentaire et son traitement :

(La thérapeutique dentaire 1958) par O. NOEPPEL.

Dans cet article, l'auteur fait une description de l'angoisse dentaire en général (nous verrons plus loin qu'elle peut revêtir plusieurs formes), avec "ses retentissements organiques à l'égard de l'intervention dentaire, de la douleur, et des dangers inconnus qu'elle semble comporter". Il précise que cette angoisse est particulière à un certain type de sujets "psycholabiles" ; mais ce type semble se généraliser à la majorité des patients, ce qu'il explique par les difficultés de la vie moderne. Dans le paragraphe dont le sujet est le traitement de cette angoisse, Mademoiselle le Docteur NOEPPEL passe en revue les médicaments calmants tant classiques que de création récente.

Parmi les calmants classiques :

- les dépresseurs des centres cérébraux : opium, laudanum, morphine, succédanés de l'opium (péthidine, dolosal).
- les barbituriques
- les parasympholitiques : belladone, atropine, jusquiame, scopolamine.
- les sédatifs mineurs : bromure, chloral, valériannes, ballote, passiflore, seuls, ou associés à des barbituriques ou à des sels minéraux.

Parmi les neuroleptiques et tranquillisants :

- Les tranquillisants d'action hypnotique :

1 - Les dérivés des alcools acétyléniques : dormison ou méthylpentynole placidyl ou éthylchlorvynol. Ils ne servent pas à combattre l'angoisse dentaire.

2 - Les dérivés de l'imide de l'acide glutarique :

le doridène ou C 11511 ou phénylthylglutari-mide. Il ne sert pas dans l'angoisse dentaire.

- Les tranquillisants d'action non hypnotique :

1 - Les dérivés des alcools acétyléniques : crésoxydiol ou méphésine ou décontractyl, méprobamate (equanil, procalmadiol, miltown), le N. Oblivon, le sinforil ou phénaglycodol.

2 - Les dérivés du glycodol : atarax ou hydroxyzine azacyclonal (Frenquel), bénactizine.

3 - Les dérivés de l'hydantöine : anirrit.

2 - L'anesthésie locale en stomatologie et ses accidents par R. BATAILLE

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire une partie de ce travail.

"L'anesthésie locale cherche à supprimer momentanément la fonction des corpuscules sensitifs. Mais la douleur n'est jamais pure, sa perception n'est jamais simple. A la douleur considérée comme un phénomène matériel s'associe toujours une composante psychique due à l'interprétation du sujet. Ainsi, deux douleurs produites dans des conditions semblables sont évaluées différemment par deux sujets. C'est cette interprétation psychique que l'on cherche à supprimer quand on associe à l'anesthésie locale une anesthésie de base".

Les accidents possibles :

Quel que soit l'anesthésique employé, il y a toujours une possibilité d'accident. On en a vu de mortels mais c'est exceptionnel.

Les causes en ont été étudiées par L. KLOTZ (Semaine des Hôpitaux 1950, 26, 333). Il peut s'agir d'un hyperdosage (par trop forte concentration ou emploi d'une trop grande quantité de produit).

On a donc intérêt à diminuer la dose d'anesthésique. La possibilité nous en est donnée par l'emploi de la prémédication. Si celle-ci n'a pas été faite et si l'on se trouve devant un accident, le traitement en sera constitué par des barbituriques : pentothal I.V. ou gardénal sodique sous-cutané. Bien entendu cela ne dispensera pas le praticien de traiter

la défaillance cardiaque par les toniques habituels : caféine, camphre, pressyl, etc...

Pour la prémédication des malades ambulatoires, Monsieur le Docteur BATAILLE préconise les barbituriques administrés à petites doses pendant plusieurs jours avant l'intervention. (Nous verrons plus loin que deux doses plus importantes administrées la veille et le matin de l'intervention sont préférables d'après Monsieur HUGUENARD étant donné le ralentissement de l'élimination et l'accumulation possible du produit si celui-ci est administré à petites doses.

3 - Médication pré-anesthésique

Communication faite au cours de la séance de la Société d'odontologie de Paris du 4 février 1958 par G. BUISSON.

Dans cette communication, G. BUISSON insiste sur les deux temps de la prémédication : le temps psychologique (sur lequel nous insisterons plus loin) aussi important que le temps médicamenteux.

La prémédication vraie, celle qui précède immédiatement l'intervention, sera faible ou forte suivant les cas, l'état du sujet, l'importance de l'intervention et les conditions dans lesquelles elle doit être pratiquée. Pour les malades ambulatoires, elle doit être d'action rapide et passagère et permettre une récupération rapide une fois l'intervention terminée. Monsieur BUISSON préconise pour cette prémédication l'association belladone, phénobarbital, aspirine (un ou deux comprimés de belladéнал et un g d'aspirine) une heure avant l'intervention. Dans cette combinaison, le phénobarbital d'action assez lente peut être remplacé par

un hypnogène d'action plus rapide et brève : nembutal et imménoctal.

On peut aussi utiliser le phénergan associé à l'aspirine et éventuellement à un comprimé de bellafoline. Mais ce mode sera insuffisant chez des sujets pusillanimes ou à dystonie neuro-végétative.

4 - Prémédication et anesthésie
(Le Dentiste de France)
par S.L. DRUMMOND-JACKSON

L'auteur étudie le méthyl-pentynol (oblivon) et le carbamate de méthylpentynol (oblivon C) qui présenteraient sur les barbituriques l'avantage d'une sédation efficace sans hypnose.

Ces médicaments accroissent l'agilité mentale des malades qui coopéreraient davantage. Par contre, l'euphorie peut-être trop marquée et faire perdre au patient le sens du danger et de la responsabilité (s'il conduit sa voiture par exemple).

5 - Le point de vue de l'odonto-stomatologiste vis-à-vis des troubles cardio-vasculaires provoqués par nos anesthésiques locaux (par Monsieur le Docteur P. BEYSSAC)

L'auteur met en lumière deux points, des précautions pré-opératoires que doit prendre le praticien. Il parle d'abord du traitement de l'hypersensibilité d'un sujet vis-à-vis des anesthésiques et surtout de l'adrénaline qu'ils contiennent (dans la maladie artérielle par exemple). Pour minimiser l'action de l'adrénaline chez les sujets prédisposés à l'état de choc (qui souvent avertissent eux-mêmes) chez les anxieux neurotoniques, les cardiaques, Monsieur le Docteur BEYSSAC uti-

lise une méthode déduite de celle de la vaccination préventive de Besredka (réaction anti-anaphylactique).

Il injecte à ces sujets une première solution de novocaïne pure à 2 p.cent puis trois ou quatre minutes après, il complète l'anesthésie avec une solution de novocaïne adrénalinée à 2 p.cent.

Ensuite, il rappelle que le coeur ne joue qu'un rôle accessoire dans les accidents. Ceux-ci sont dûs surtout aux phénomènes vasomoteurs qui ne relèvent pas uniquement de la toxicité des anesthésiques mais souvent au facteur terrain et à l'émotion, soit à l'"angoisse dentaire" qui présente deux formes distinctes :

a) La forme phobique où l'anxiété constitue l'élément symptomatique principal avec mains glacées, tachycardie importante, et pour terminer, une crise de larmes ou un état pré-syncopal.

b) La forme lipothymique des émotifs surtout vago-toniques. WALSER décrit ainsi un vago-tonique :

"Regardez-le entrer : il marche à pas lents et mal assurés, son visage est pâle, ses mains sont froides. Il essuie d'un geste machinal la sueur qui perle à son front. Il reste silencieux, concentré sur lui-même et son angoisse. Sa parole est rare, brève, entrecoupée de profonds soupirs qui sont autant d'efforts pour faire pénétrer dans sa poitrine l'air qui lui fait défaut et vaincre le spasme de ses muscles bronchiques. Son pouls est relativement lent, mal frappé ; sa tension est à 10 ou au-dessous, c'est-à-dire abaissée. C'est le moment de vous méfier ;

un pareil état lipothymique met votre patient aux frontières de la syncope que peut lui faire franchir la douleur insignifiante de la piqure ou même moins, une odeur, le bruit des instruments".

Pour lutter contre cet état il faut recourir aux médicaments freinateurs du vague: génatropine, belladone, barbituriques.

Dans la forme phobique, les freinateurs du sympathique sont indiqués : bromures en général.

6 -- Dans l'Encyclopédie Médico-chirurgicale

J. VILENSKI, Ch. DESCROZAILLES, J. BARE.

Pré-anesthésie psychologique (d'après le Docteur RICHARD).

C'est une symbiose psychique entre l'état d'esprit de l'opéré et de l'opérateur. Celui-ci doit être compatissant, ne pas rabrouer le malade. Il ne faut pas dramatiser l'intervention mais il ne faut pas non plus la minimiser. Il s'agit de faire comprendre au patient la nécessité et le bien-fondé de l'intervention. Le malade qui désire l'intervention coopère mieux ; la psycho-préparation fait diminuer la dose de médicament et par là, l'intoxication qui en découle.

Les récentes perturbations mondiales ont multiplié le nombre des anxieux, craintifs et pusillanimes. Les enfants sont toujours impressionnés ; avec eux il faut être doux et fermes.

Anesthésie de base proprement dite

La prémédication est un facteur de calme ; elle prévient également l'hypersialorrhée et

les lipothymies. Enfin elle prolonge l'analgésie post-opératoire (PALFER, SOLLIER, P. HUGUENARD).

Elle doit être ambulatoire et ne provoquer ni vertiges, ni vomissements, ni troubles visuels. Son effet dépressif et l'hypotonie musculaire qui peut en découler doivent être aussi discrets que possible.

L'idéal est une action rapide à triple destination : hypnotique, vagolytique, analgésique.

- la première assure un maximum de confort pour l'opéré et plus de liberté pour l'opérateur.

- la deuxième prévient l'hypersialorrhée et les tendances nauséuses et lipothymiques (on évitera les opiacés).

- la troisième doit tenir lieu de relai au moment où va disparaître l'effet de l'anesthésie locale ou tronculaire.

Substances utilisées :

Les hypnogènes

Barbituriques à action rapide (détaillés au chapitre suivant)

Les Vagolytiques

Teinture de belladone : XV gouttes pour les enfants
XXX gouttes pour les adultes

Extraits totaux de belladone (Bellafoline)
Une cuillerée à café. Un comprimé à 1/4 de mg (Adultes) - Sirop : une cuillerée à café (enfants).

- Analgésiques : aspirine surtout

- Associations médicamenteuses

Belladone-gardénal (belladénal)

Anti-histaminiques : phénergan-aspirine

Tartrate d'ergotamine : bellafofine,
phénobarbital (bellergal).

- Tranquillisants

Méprobamate (équanil)

Hydroxysine (atarax)

Carbamate de méthyl-pentynol (N. Oblivon)

L'action de ces produits s'exerce sur l'émotivité, l'irritabilité, les préoccupations anxieuses.

La prémédication est obligatoire si l'interrogatoire révèle des incidents au cours de précédentes anesthésies.

RAPPEL DES PROPRIETES DE QUELQUES BARBITURIQUES

-:-

Notre sujet n'est pas la prénarcose ou pré-anesthésie, mais la simple prémédication avant anesthésie locale. (Dans certains cas elle peut suffire seule sans apport d'aucune drogue anesthésique ou analgésique). Cependant, dans la suite de notre travail, ce terme de "prémédication" signifiera toujours cette simple "préparation" chez un patient non alité.

Aussi nous ne parlerons pas des drogues utilisées classiquement en prénarcose, mais seulement des barbituriques qui sont utilisables en prémédication.

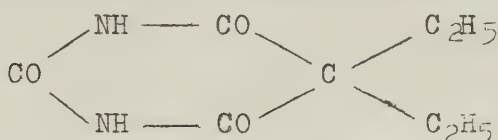
Les drogues susceptibles de provoquer le sommeil (en fait, de combattre l'insomnie), constituent la majeure partie d'un groupe conventionnel : les hypnotiques. Sauf à dose anesthésique ils possèdent une action purement cérébrale, sans atteinte médullaire ni bulbaire.

Les hypnotiques, comme les anesthésiques, sont solubles dans les graisses et dans l'eau et seraient d'autant plus actifs que leur coefficient de solubilité dans les graisses est plus élevé. MYER et OVERTON ont insisté sur ce coefficient de partage entre l'eau et les graisses. Pour HUGAINEUQ et FLORENCE,

l'hypnotique, soluble dans l'eau, peut être transporté par le liquide aqueux intercellulaire jusqu'à la cellule nerveuse et ses lipoides et la narcose semble résulter de la miscibilité de ces lipoides et de l'hypnotique. Les hypnotiques sont divisés en divers groupes chimiques. Les barbituriques forment le plus important.

ETUDE DES BARBITURIQUES le plus souvent utilisés en prémédication.

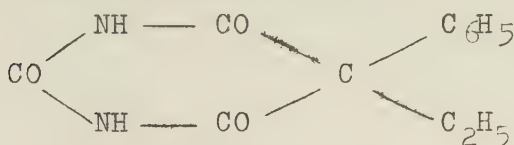
1°- Véronal ou diéthylmalonylurée



qui fut découvert par FISCHER et Von MERNIG en 1903.

- Il agit trente à soixante minutes après son ingestion et sa durée d'action est de huit à dix heures.
- Il s'élimine presque entièrement par les urines et son élimination peut durer plusieurs jours.

2°- Phénobarbital, Gardénal ou Luminal ou Phényléthylmalonylurée



Il fut étudié en 1912 par IMPENS.

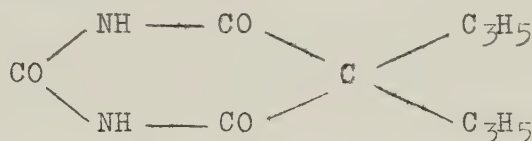
Il agit une heure et demie environ après son ingestion. Sa durée d'action à dose hypnotique

est de dix à douze heures. Le sommeil provoqué est calme.

Le Gardénal serait, expérimentalement, plus toxique que le Véronal, mais aux doses thérapeutiques il semble mieux toléré chez l'homme.

La dose normale varie entre 0,10 et 0,30 g.

3°- Dial ou diallylmalonylurée



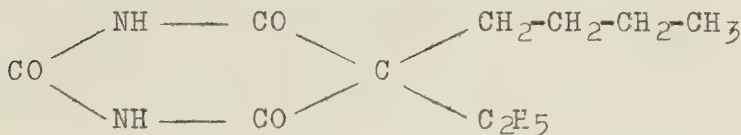
Il est moins soluble dans l'eau et plus soluble dans l'huile que le Véronal ce qui lui confère un coefficient de partage plus élevé. Le Dial est donc un hypnotique plus actif que le Véronal.

Il est décomposé dans l'organisme en urée, anhydride carbonique et eau.

Il s'élimine assez rapidement et le réveil est normal.

La dose utilisée en prémédication varie entre 0,10 et 0,20 g.

4°- Le Sonéryl ou Butyléthylmalonylurée



C'est une poudre blanche de saveur légèrement amère, peu soluble dans l'eau. Il est plus actif que le Véronal.

Son action débute une heure environ après son ingestion, et sa durée d'action est de six à huit heures. Le réveil est normal.

La dose utilisée en prémédication varie entre 0,10 et 0,30 g.

5°- Le Nembutal ou Mébubarbital ou Pentobarbital

Nous l'étudierons en détail dans le chapitre suivant.

Ci-dessous un tableau résumant les temps de latence, les durées d'action, et les posologies en pré-anesthésie des barbituriques le plus souvent utilisés :

Dénomination	Temps de latence	Durée d'action	Posologie
Véronal	1/2 h à 1 h	action longue : 8 à 10 h	0,10 à 0,20 g
Gardénal	1 h et demie	" "	" "
Dial	1 heure	action intermédiaire 6 à 8 h	0,10 à 0,20 g
Sonéryl	1 heure	" " "	0,10 à 0,30 g
Amytal	1/2 heure	action intermédiaire 6 à 8 h	0,10 à 0,20 g
Seconal	1/4 h à une 1/2 h	action brève 4 h environ	0,10 à 0,20 g
Nembutal	1/4 h à une 1/2 h	action brève 4 à 6 h	0,060 à 0,12 g

ETUDE DU PENTOBARBITAL
ou
MEBUBARBITAL

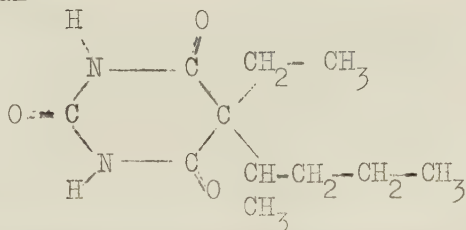
-:-:-:-

Le Nembutal ou Mébubarbital ou Pentobarbital est un des plus récents barbituriques mis à notre disposition.

Il a été synthétisé et étudié aux Etats-Unis dès 1930 par VOLWILER. En France, il a été étudié en 1935, par de GAUDART d'ALLAINES (Anesthésie de base par ingestion du Nembutal (Bulletins et Mémoires - Société Nationale de Chirurgie - mai 1935) et par LAVERGNE (Bulletins de l'Académie de Médecine, Paris 1935 et Presse Médicale 1936).

PROPRIETES PHYSICO-CHIMIQUES du PENTOBARBITAL

Le Pentobarbital est le sel de sodium de l'acide éthyl-méthyl-buthyl barbiturique, isomère de l'Amytal



La position du radical méthyl en chaîne latérale facilite la désintégration. Ce point est important ; c'est le facteur qui conditionne la rapidité de son action et de son élimination.

Le Pentobarbital se présente comme une poudre blanche, cristallisée, de saveur amère. Très soluble dans l'eau et dans l'huile et de poids moléculaire élevé : 248 (voisin de celui du pentothal qui est son dérivé soufré).

PROPRIETES PHYSIOLOGIQUES DU PENTOBARBITAL

Absorption, dégradation, élimination

L'absorption est rapide et se fait en majeure partie au niveau de la muqueuse gastrique, en cas d'administration par voie buccale. L'action débute un quart d'heure à une demi-heure après l'administration, pour durer selon les sujets, les doses et les modalités, depuis une demi-heure jusqu'à quatre à six heures.

La dégradation se fait au niveau du foie et débute dans les quinze minutes qui suivent l'absorption. Le Pentobarbital ne modifie pas la clearance de l'urée.

L'élimination est très rapide ; il n'y a donc pas de risque d'accumulation (L'utilisation de l'isotope N15 de l'azote chez le Chien - MAYNAT et Van DYKE 1950 - permet de constater que plus de 82 p.cent de la dose d'azote N15 sont éliminés dans les vingt-quatre heures, dont moins de 8 p.cent sous forme d'ammoniaque ou d'urée).

Action physiologique

Action sur la respiration

Aux doses utilisées en prémédication et par voie orale ou rectale cette action est pratiquement nulle. Nous n'utilisons pas chez nos patients non hospitalisés la voie IV. (Rappelons toutefois que cette voie peut être

utilisée chez l'homme en tant qu'anesthésique au même titre que pour le Pentothal, et que même alors, son action sur la respiration est moins marquée qu'avec ce dernier, et qu'il est bien moins vagotonique (CHOLLET 1956 : Contribution à l'étude du Métabolisme de Base sous sommeil).

Ni l'amplitude, ni le rythme de la respiration ne sont nettement modifiés. L'apnée est exceptionnelle et ne se rencontre que pour des doses élevées sous forme injectable. Le pouls varie peu quelle que soit la voie d'administration. S'il est accéléré par l'émotion, il revient très vite à la normale et peut se déprimer un peu.

Action sur les capillaires

Il a des effets vaso-dilatateurs périphériques très marqués rappelant un peu la vasoplégie des ganglioplégiques ; il est donc hypotenseur. De même, il n'augmente pas la pression du liquide céphalo-rachidien. La vasodilatation augmente la thermolyse, ce qui explique ses effets hypothermisants (qui ont peut-être aussi une origine centrale). Il a été utilisé pour permettre la réfrigération des animaux (par BIGELOW en particulier). Il inhibe alors naturellement le frisson, mais aussi la vaso-constriction due au froid (P. HUGUENARD Anesthésie et Analgésie - Décembre 1954).

Action sur les métabolismes

Sur le métabolisme de base : l'action est peu différente de celle du Pentothal : le Pentobarbital ne déprime pas le métabolisme de base aux doses légères. RAPPORT note une chute moyenne de 13 p.cent aux doses qu'il utilise. Même à doses hypnotiques la diminution est très faible chez les sujets normaux.

Chez les para-basedowiens et les névropathes, le métabolisme de base peut diminuer jusque dans les limites physiologiques. Chez les hyperthyroïdiens, la diminution peut être plus faible ou plus importante suivant les cas.

Sur les autres métabolismes : comme tous les narcotiques, il intervient sur le métabolisme des hydrates de carbone, ce qui se traduit par une hyperglycémie modérée revenant vite à la normale. Il inhiberait la diurèse aqueuse. Il n'intervient pas sur le bilan azoté.

Action sur le système nerveux central

Cette action est brève et dépourvue d'effets post-hypnotiques. Le Pentobarbital diminue l'excitabilité corticale et les réflexes corticaux. Il agit directement sur les manifestations du sommeil à point de départ encéphalique et provoque un repos quasi physiologique.

Sur les tracés électro-encéphalographiques, à doses hypnotiques, il donne des tracés types suivant une chronologie très précise (CHOLLET). Cette chronologie est celle du tracé du sommeil physiologique normal, pour des doses de 4 mg par kg (Les doses que nous utilisons pour la prémédication de nos patients varient entre le quart et la moitié de cette dose hypnotique).

Action dans le temps

La durée de l'effet physiologique du Pentobarbital est fonction de la dose ingérée et de son administration en une ou plusieurs fois. En effet, d'après HUGUENARD, le rythme de la détoxication, donc de l'élimination, est ralenti à mesure que l'administration se prolonge. Aussi, l'administration d'une dose

initiale élevée est-elle meilleure que celle de doses moins fortes mais répétées.

Toutefois, nous préférons dans certains cas, considérant que nous utilisons des doses non hypnotiques, faire absorber à nos patients une première dose la veille au soir, de l'intervention, et une autre dose une heure environ avant l'intervention. (Ainsi, le sujet arrive-t-il déjà plus calme, ce qui assure une action plus rapide et plus intense de la dose de Pentobarbital pré-opératoire et de l'anesthésique).

Toxicité du Pentobarbital

D'après SHONLE et SWANSON (1931), une injection de 25 mg par kg répétée toutes les quarante-huit heures sur des Chiens a prouvé l'absence de toute accumulation ou accoutumance. Ces mêmes auteurs précisent les doses léthales. Ils ont obtenu les chiffres suivants après une expérimentation sur différents animaux et par différentes voies :

- sur le Rat : par injection périto-
néale : 120 mg par kg
- sur le Chien :
par voie buccale : 85 mg par kg
- sur le Chien :
par voie intraveineuse : 50 mg par kg

Ces doses léthales comparées aux doses anesthésiques prouvent l'existence d'une marge de sécurité importante dans l'emploi du Pentobarbital. En effet, en ce qui concerne les doses anesthésiques chez le Chien, le Docteur OECONOMOS a obtenu à l'hôpital Broussais les chiffres suivants :

- Voie intra-péritonéale :
la dose utile est de 30 mg/kg
- Voie intra-musculaire :
la dose utile est de 35 mg/kg

A l'autopsie d'animaux tués par surdosage, on trouve une congestion des capillaires cérébro-méningés, des hémorragies et de l'œdème périphérique, une augmentation du volume hépatique.

La mort est précédée d'un arrêt respiratoire entraînant l'arrêt cardiaque au bout de huit à dix minutes.

-:-

APPLICATIONS

-:-

Modalités d'emploi et doses :

Nous ne pouvons indiquer que des doses moyennes, susceptibles de varier avec l'âge, le poids et l'état général du malade.

Evidemment il est rarement possible dans une consultation de stomatologie ou dans un cabinet de chirurgien-dentiste de faire un examen complet du patient et un bilan général. Toutefois, les doses que nous utilisons sont si éloignées des doses toxiques que nous pouvons sans danger les utiliser dans presque tous les cas.

Il est, de toutes manières, recommandé de procéder à un rapide interrogatoire du patient, tendant surtout à préciser des antécédents ou une maladie hépatique ou rénale (qui constitueraient une contre-indication) ou une éventuelle grossesse qui indiquerait une diminution des doses. (Les barbituriques traversent en effet la barrière placentaire).

Nous donnons en moyenne :

Une capsule à 100 mg ou un suppositoire à 120 mg une heure à une heure et demie avant l'intervention dans les cas banaux et chez les pusillanimes. Pour les interventions plus importantes ou de plus longue durée, il est

recommandé de prescrire en plus :

Une capsule à 100 mg ou un suppositoire à 120 mg la veille au soir.

Pour les cas particuliers :

- Chez la femme enceinte : 60 mg la veille
et 60 mg le matin
- Chez le vieillard : 60 mg la veille
et 60 mg le matin
- Chez l'enfant : une posologie très souple de 3 à 5 mg par kg de poids corporel est possible grâce à l'emploi de "l'élixir de Nembutal" (15 mg par cuillerée à café).

Nous avons eu l'occasion de l'utiliser chez des enfants à partir de trente mois, à propos d'accidents de la première dentition.

On peut donner :

à 30 mois	0,015 g
de 30 mois à 8 ans	0,015 g à 0,050 g
de 8 à 12 ans	0,060 g
de 12 à 14 ans	0,090 g

au delà, on donne les mêmes doses que pour les adultes.

Autres voies d'administration :

La voie intra-veineuse peut être utilisée pour des cas plus sérieux. On emploie une dilution à 2,5 p.cent injectée très lentement à la dose de trois à six mg suivant le sujet et le degré d'endormissement que l'on veut obtenir (on se base aussi sur la durée prévue pour l'intervention). Il est alors nécessaire à l'opérateur de travailler avec l'aide d'une personne autorisée : médecin, anesthésiste ou infirmière ce qui lui permettra de ne plus s'occuper que de son travail "en bouche".

La voie intra-veineuse a pour avantages : un effet immédiat et aussi une récupération rapide qui lui permet de rentrer chez lui non accompagné, une heure et demie à deux heures après son arrivée (ce qui est parfait si l'on considère que durant ce laps de temps le patient a pu être endormi pendant une vingtaine de minutes - ou moins, en général).

Nota : Si l'on prévoit des douleurs post-opératoires, on peut prescrire encore 120 mg de Pentobarbital à prendre dans la journée sous forme de deux suppositoires à 60 mg (Mais ce n'est pas toujours utile car la prémédication suffit en général à éviter les douleurs jusqu'au lendemain).

Résultats : Grâce à la prémédication par le Pentobarbital, nos patients, bien que parfaitement conscients et nullement désorientés sont calmes et apaisés. Toutefois il faut tenir compte de la légère diminution ultérieure des réflexes et d'une certaine durée d'élimination (surtout après l'administration par les voies orale et rectale) et conseiller au malade de se faire accompagner pour regagner son domicile et surtout de ne pas conduire d'engin motorisé.

Répetons que la prémédication permet une diminution de la dose d'anesthésique employée et que, de plus, les barbituriques, étant antagonistes des anesthésiques locaux, permettent d'éviter les accidents d'intolérance.

Indications : La prémédication devrait être systématique avant toute intervention sanglante y compris l'avulsion dentaire simple (Mais n'est pas toujours possible faute de temps ou de bonne volonté de la part du patient). Elle est en tous cas nécessaire chez les anxieux, les hyperthyroïdiens et tous ceux

dont le métabolisme est augmenté.

Chez les cardiaques compensés, surtout s'ils sont nerveux, inquiets, ou hypertendus, le Nembutal évitera les spasmes artériels et par là, les poussées hypertensives brutales.

Chez les pusillanimes et grands nerveux, la prémédication devra être prescrite même pour de simples soins. Ces malades redoutent la douleur et risquent de gêner le chirurgien par des mouvements intempestifs.

De même, il est parfois impossible de soigner les enfants qui bien souvent se laissent complètement dominer par leur peur. Les suppositoires sont facilement acceptés par eux, ainsi que l'élixir qui permet l'application de posologies très précises.

Contre-indications : Etant donné le rôle du foie dans la désintégration du Pentobarbital et celui du rein dans son élimination, son administration sera exclue chez les grands hépatiques et les rénaux.

On l'évitera de même chez les cardiaques décompensés chez qui son élimination risque d'être retardée du fait du ralentissement du courant sanguin.

Nota : Il est souvent intéressant d'utiliser l'association Pentobarbital-Aspirine qui amène une sédation et une analgésie suffisantes tout en permettant de diminuer la dose de barbiturique et d'assurer ainsi une récupération plus rapide. (Ce qui est important si le patient doit, par exemple, travailler dans des délais très brefs).

- On utilise alors les doses suivantes :

Une heure avant l'intervention : administration de 30 à 60 mg de Pentobarbital, plus, un demi à un comprimé d'aspirine.

- :-

CONTRIBUTION PERSONNELLE

Nous citerons quelques observations parmi les plus intéressantes que nous avons pu étudier dans le Service de Stomatologie de Madame le Professeur CHAPUT à l'Hôpital Tenon et dans quelques cabinets dentaires de ville. Nous ne nous appesantirons pas sur les détails cliniques mais sur les résultats de la prémédication par le Pentobarbital ; l'anesthésie locale se faisant par la xylocaïne adrénalinée à 2 p.cent.

1 .. Monsieur Ar... 23 ans .. Avulsion de la dent g8 incluse

Stomatite ulcéro-membraneuse tartrique odontiasique en rapport avec une évolution vicieuse de la g8.

Tension artérielle : 12/3 - Pouls : 80

Administration d'un suppositoire à 120 mg une heure avant l'intervention. Il reste calme.

Après l'intervention : T.A. 12/7 - Pouls : 80.

o

2 .. Monsieur P.C... 47 ans. Extraction des racines de la dent d7 fracturée.

Ostéite diffusée. Le malade ressent des douleurs très intenses. T.A. 16/9 Pouls : 92.

Absorption d'une capsule à 100 mg la veille et d'une autre une heure et demie avant l'intervention.

Malade obnubilé mais conscient.

Après l'intervention : T.A. 15/9 - Pouls : 76.

o

3 - Monsieur G... 34 ans : Extraction de la dent D3 et énucléation d'un kyste latéro-radiculaire autour de l'orifice d'une fausse route sur la face distale de la D3 qui porte une dent à pivot.

T.A. 12/7 Pouls : 74.

Absorption d'une capsule à 100 mg une heure et demie avant l'intervention.

Tension artérielle et pouls demeurent inchangés.

o

4 - Monsieur Tr... 23 ans, avulsion de la dent d8 incluse.

Ulcération au voisinage de la dent d8 incluse, douloureuse au toucher. Péricoronarite ulcéreuse suppurée avec stomatite odontiasique surtout médiane inférieure.

T.A. 11/7 Pouls : 96

Administration d'un suppositoire à 120 mg une heure avant l'intervention, patient calme.

Après l'intervention : T.A. 11/7 Pouls : 84.

o

5 - Monsieur Ma ... 21 ans, avulsion de g8

Cellulite génienne en rapport avec une pé-

ricoronarite de g8, subit des injections de Pénicilline-Streptomycine depuis une semaine.

T.A. 12/9

Pouls : 88

Rien à signaler à l'intervention, une heure et demie après l'administration d'un suppositoire à 120 mg.

Après l'intervention : T.A. 12/7 Pouls : 88

o

6 - Monsieur Caz... 67 ans. Ablation d'une tuméfaction.

Il s'agit d'une petite tuméfaction de la taille d'une lentille ronde, violacée, située à la face interne de la lèvre supérieure à droite, juste au-dessus de la commissure labiale. Cette tuméfaction est apparue trois mois auparavant et a légèrement augmenté de volume depuis son apparition. La palpation n'est pas douloureuse, la base est souple. La tuméfaction est partiellement réductible.

Comme diagnostic : abrasion en regard d'un bridge D5D3 assez traumatisant.

T.A. 13/9

Pouls : 76.

Intervention une heure et demie après l'administration d'un suppositoire de Pentobarbital à 120 mg.

Rien à signaler. Tension artérielle et pouls demeurent inchangés.

o

7 - Monsieur B.A... 61 ans, ablation d'un polype.

Polype pédiculé jugal endo-buccal, opéré après mise en état de la denture.

T.A. 14/10 Pouls : 88

Administration d'un suppositoire à 120 mg 1 heure et demie avant l'intervention. Le malade reste calme et très conscient pendant toute la durée de l'intervention et repart deux heures et demie après son arrivée.

Après l'intervention T.A. 13/8 Pouls : 80.

o

8 - Monsieur Ka ... 47 ans, extraction de dl, gl, g2 et dévitalisation de d2 pour ostéopériostite pseudokystique de la symphyse mentonnière chez un sujet obèse.

T.A. 16/8 Pouls : 88.

Administration de deux capsules à 100 mg, l'une la veille, l'autre une heure et demie avant l'intervention. Pas d'incident.

Après l'intervention T.A. 14/8 Pouls : 76.

o

9 - Mademoiselle Mr... 24 ans. Avulsion de la dent G8 incluse.

Mademoiselle Mr... est traitée par les barbituriques depuis trois mois pour un ulcère gastrique d'origine nerveuse. Elle absorbe 2 cg de Phénobarbital tous les jours.

T.A. 11/7 Pouls : 72

Une demi-heure après l'administration d'un suppositoire de Pentobarbital à 120 mg, la patiente ressent quelques vertiges et nausées ; le pouls descend à 60 mais reste bien frappé. Puis la patiente s'endort (sommeil naturel

dont on la tire facilement et qui reprend aussitôt), jusqu'à l'intervention, une heure et demie après l'administration du produit. Après l'intervention (pendant laquelle, rien à signaler) la patiente qui n'est pas accompagnée et reste très obnubilée doit attendre deux heures avant de pouvoir repartir en taxi pour son domicile.

T.A. 11/6

Pouls : 68

o

10 -- Madame Dr... 20 ans, avulsion de g6 et g7.

Madame Dr... est enceinte de sept mois de son troisième enfant. Ostéopériostite du maxillaire inférieur en rapport avec une infection apicale des deux molaires inférieures gauches. Trismus avec ouverture de la bouche limitée à un travers de doigt, à la consultation précédente, huit jours auparavant. Depuis l'injection quotidienne de Pénicilline et Streptomycine. T.A. 14/9 - Pouls : 120.

Administration d'un suppositoire à 60 mg trois quarts d'heure avant l'intervention, qui se passe normalement.

Après l'intervention : T.A. 13/8 Pouls : 112

o

11 -- Madame Pr... 25 ans. Avulsion d'une dent de sagesse incluse.

T.A. 10/7

Pouls : 96

Administration d'un suppositoire à 120 mg une heure avant l'intervention pendant laquelle rien à signaler.

Après l'intervention T.A. 10/7 Pouls : 88

o

12 - Mademoiselle N... 30 ans. Avulsion
d7 d8.

Arthrite apicale suppurée aiguë avec péri-
adénite sensible. La dent en cause est la d7.

Mademoiselle N... est une jeune Musulmane,
servante, accompagnant ses patrons en vacan-
ces. Voyage en voiture depuis 10 jours,
souffre d'épisodes douloureux depuis le dé-
but du voyage. Accalmie durant un ou deux
jours après passage chez un dentiste à Barce-
lone. Le traitement n'est pas précisé.

Malade très pusillanime ne se laissant pas
examiner et écartant la main de l'opérateur.
T.A. 12/7 Pouls : 88.

Absorption d'une capsule de Pentobarbital
à 100 mg ; une heure et demie avant l'inter-
vention (De passage ne pouvait revenir le
lendemain). Reste absolument calme pendant
l'intervention. Après l'intervention
T.A. 11/6 Pouls : 80.

o

13 - Madame L... 60 ans, 98 kg . Extraction
d'une racine incluse chez une édentée
du bas, appareillée.

Ostéo-phlegmon dû à la racine incluse de
g5. La malade était sous antibiotiques depuis
15 jours (Par son médecin traitant). Les dou-
leurs constantes subsistant, elle se décide
à consulter le stomatologiste.

T.A. 18/10

Pouls : 96

Après l'absorption d'une capsule de Pento-
barbital à 100 mg la veille et une autre une
heure et demie avant l'intervention, celle-ci

4 51 -

se passe dans le calme.

Après l'intervention, T.A. 18/10 Pouls : 84

o

14 - Madame Ce ... 32 ans, Obturation.

La malade est amenée de force par son mari. Une fois entrée elle est si angoissée, qu'il lui est proposé de revenir le lendemain une heure et demie après absorption d'une capsule de Pentobarbital à 100 mg. (qu'elle préfère à un suppositoire).

A ce moment T.A. 14/9 Pouls : 120.

Le lendemain elle arrive souriante et détendue, bien que se reconnaissant un peu obnubilée. T.A. 12/7 Pouls : 76.

Les soins se font dans le calme, le pouls et la tension ne sont pas modifiés.

o

15 - Mademoiselle Ac ... 22 ans Extraction de g8.

Il s'agit d'une péricoronarite avec fortes douleurs et inflammation ganglionnaire chez une grande nerveuse ayant déjà subi un traitement psychiatrique au cours d'une crise de mélancolie. T.A. 12/7 Pouls : 96.

Absorption d'une capsule à 100 mg de Pentobarbital la veille et une autre le lendemain une heure et demie avant l'intervention. Celle-ci se passe dans le calme. Après l'intervention : T.A. 12/7 Pouls : 80

o

16 - Dans un seul cas, nous n'avons constaté aucune action nette de la prémédication. Celle-ci était pratiquée au moyen d'un suppo-

sitoire de Mébubarbital à 120 mg.

Il s'agissait de Madame Gi... âgée de 41 ans. La patiente avait souffert d'une ostéo-périostite de la région de g3 avec poussée aiguë de parodontite en janvier 1959. Elle avait été traitée par les antibiotiques. Autre poussée en juin 1959.

Intervention : une greffe alvéolaire au moyen de poudre d'os, après ablation de néoformations fibreuses.

T.A. 12/7

Pouls : 80

La malade qui était arrivée en retard, reçoit un suppositoire à 120 mg trois quarts d'heure seulement avant l'intervention. (Ceci est la cause probable de notre échec).

Nécessité d'une grosse quantité d'anesthésique local pour apporter une analgésie imparfaite. Au bout d'un quart d'heure syncope, petits mouvements convulsifs des membres supérieurs et de la tête et émission d'urines. Le pouls tombe à 130. La patiente revient à elle après une injection intra-musculaire d'huile camphrée. La tension artérielle et son pouls reviennent à des chiffres normaux après une demi-heure. Elle est toutefois hospitalisée et dort toute la journée et jusque dans l'après-midi du lendemain.

o

17 - Enfant Vi ... 14 ans - Avulsion d'une canine incluse.

Enfant retardé et extrêmement pusillanime.

T.A. 14/7

Pouls 136.

Après l'administration d'un suppositoire à 60 mg, l'enfant se calme très rapidement

et est même presque endormi, lorsqu'on vient le chercher pour l'intervention, une heure et quart plus tard.

Après l'intervention : T.A. 12/6 Pouls : 92.

o

18 - Enfant Pa ... 8 ans. Avulsion d'un mésiodins

T.A. 11/7 Pouls : 96

L'enfant qui est arrivé "crispé", visiblement très effrayé, poings et mâchoire serrés, pâle, se détend peu à peu après l'administration d'un suppositoire à 60 mg de Pento-barbital. Une heure après : l'enfant est calme et le reste pendant toute la durée de l'intervention.

Après l'intervention : T.A. 10/7 Pouls : 88

o

19 - Enfant J.B... 29 mois. Incision de la gencive au-dessus de g5 pour péri-coronarite de g5.

Administration d'une cuillerée à café (15 mg) d'"élixir de Nembutal" une heure avant l'intervention.

Pas d'anesthésie locale. L'enfant ouvre bien la bouche et ne dit rien pendant l'incision, puis se met à pleurer une minute après environ.

o

20 - Enfant Du... 7 ans et demi.

L'enfant est amené par sa mère pour traite-

ment d'une carie dentaire. Il se débat et mord l'opérateur qui voulait l'examiner. On lui offre de "l'élixir de Nembutal" qu'il refuse. Sa mère réussit à lui introduire un suppositoire de Nembutal à 60 mg puis l'emmène dans la salle d'attente. Une heure et quart après l'enfant, un peu somnolent, se laisse calmement traiter.

DISCUSSION

-:-

Nous avons cité des observations portant sur vingt patients : huit hommes, huit femmes, quatre enfants. Il est difficile de juger des résultats obtenus d'après l'attitude des patients adultes. En effet, chez les adultes, la volonté due à un souci de "dignité" peut souvent masquer un degré assez important d'angoisse (par exemple certains présentent un visage imperturbable avec une tachycardie aux environs de 100 et une tension artérielle augmentée). Par contre, la prise du pouls et de la tension nous révèle très nettement l'influence de la prémédication.

Chez les enfants au contraire (ceux-ci masquant plus difficilement leur crainte et étant sans doute plus sensibles aux barbituriques), les résultats sont spectaculaires. Ils se détendent "à vue d'oeil" et sont aussi coopérants et faciles à soigner une heure à une heure et demie après le traitement qu'ils étaient crispés et brutalement réfractaires auparavant. Nous n'avons constaté chez eux aucun échec.

Ci-après un tableau récapitulatif portant l'âge des patients, leur tension artérielle et leur pouls avant la prémédication et après l'intervention.

Nous constatons que :

chez les hommes : quatre d'entre eux étaient très calmes, leurs mesures étaient normales (1-3-5-6) ; celles-ci n'ont pas varié sous l'influence de la prémédication.

- Deux étaient tachycardiques (4-7) : leur pouls a baissé jusqu'au chiffre normal.

- Deux avaient le pouls et la tension augmentée (2-8) les chiffres ont baissé jusqu'à la normale.

Chez les femmes :

Une seule avait une tension et un pouls normaux. C'est paradoxalement la seule chez qui le traitement a échoué. Elle a fait une syncope que nous avons essayé d'expliquer en citant son observation.

Chez les autres : l'une (9) traitée par le phénobarbital depuis trois mois avait un pouls assez lent : 72, qui avec la prémédication s'est encore abaissé à 68.

- Une autre (10) a conservé un pouls assez rapide (il a passé de 120 à 112) bien qu'elle ait été très calme dès son arrivée. Mais il faut noter qu'elle avait une température à 39°, ce qui explique la persistance de sa tachycardie et de plus étant enceinte de sept mois nous n'avons pu lui administrer qu'un suppositoire à 60 mg.

- Chez les autres, la tension artérielle était normale et n'a pas varié, le pouls était accéléré et a repris son rythme normal.

Notons qu'une des patientes était très obèse, toutefois la prémédication (en deux temps) a eu d'excellents résultats.

En se basant sur cette vingtaine de cas, on

constate que la prémédication par le Pento-barbital donne d'excellents résultats dans 95 p.cent des cas, quel que soit l'âge du sujet et quel que soit son état général (dans la limite des indications précisées dans un chapitre précédent). Le praticien doit juger s'il doit faire une administration en un temps, (le matin de l'intervention) ou en deux temps, (la veille et le matin).

Age	Observations	T.A. pouls avant		T.A. pouls après	
<u>Hommes</u>					
1) 23 ans		12/8	80	12/7	80
2) 47 "		16/9	92	15/9	76
3) 34 "		12/7	74	12/7	74
4) 23 "		11/7	96	10/7	88
5) 21 "		12/9	88	12/7	88
6) 67 "		13/9	76	13/9	76
7) 61 "		14/10	88	13/8	80
8) 47 "		16/8	88	14/8	76
<u>Femmes</u>					
9) 24 ans	traitée par barbi- turiques depuis 3 m	11/7	72	11/6	68
10) 20 ans	enceinte de 7 m T° à 39° - 60 mg seulement	14/9	120	13/8	112
11) 25 "		10/7	96	10/7	88
12) 30 "		12/7	88	11/7	80
13) 60 "	très obèse 98 kg, 1,54 m	18/10	96	18/10	84
14) 32 "		14/9	120	12/7	76
15) 22 "	grande nerveuse ayant subi traite- ment psychiatrique	12/7	96	12/7	80
16) 41 "	Echec de la prémé- dication syncope	12/7	80		
<u>Enfants</u>					
17) 14 ans	retardé-pusillanime	14/7	136	12/6	92
18) 8 ans		11/7	96	10/7	88
19) 29 mois					
20) 7 ans $\frac{1}{2}$					

CONCLUSIONS

-:-

Notre étude est basée sur un certain nombre d'observations (dont nous n'avons cité que les plus significatives) faites dans un service hospitalier où l'on utilise quotidiennement le Pentobarbital et dans quelques cabinets privés où nous l'avons introduit.

En nous basant sur ces observations, nous pouvons confirmer les avantages de l'emploi en prémédication des barbituriques à action et élimination rapides.

Nous avons étudié le Pentobarbital qui était particulièrement indiqué pour cette prémédication en odonto-stomatologie, du fait :

- de son action assez constamment rapide, évitant une trop longue attente au patient à qui on doit l'administrer lors de son arrivée et dont l'apprehension diminue presque aussitôt.

- de la faculté des voies d'administration orale ou rectale, de son innocuité presque absolue, avec de larges limites d'utilisation, ce qui permet une grande maniabilité.

Un autre point est très important du fait que nos patients doivent rentrer chez eux

dans des délais relativement brefs après l'intervention : le Pentobarbital apporte calme et euphorie mais la conscience vigile du patient est conservée et il peut reprendre une activité quasi normale deux à trois heures après l'administration du produit.

--

Vu :
Le Président :
signé : M. DECHAUME

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ALBY J.M. et SCHULLER

Classification des agents psychotropes
La Vie Médicale, 1960, numéro spécial,
pp. 126-129

AZERAD et Melle RAVAUD

Mesure du métabolisme de base sous sommeil provoqué
Bull. et Mém. de la Société Médicale des
Hôpitaux de Paris, Séance du 8.7.55

BARBIER P. et LAVILLE C.

Contribution à l'étude expérimentale de
l'anesthésie au PENTHOBARBITAL
Ann. Oto-Laryng. 1952, 69, n° 10, 580-
589

BATAILLE R.

L'anesthésie locale en stomatologie et
ses accidents

BELAISCH J.

La mesure du métabolisme de base sous
sommeil provoqué par le NEMBUTAL
La Vie Médicale, 1960, avril, n° 4,
pp. 423- 427

BERTAGNA L.

Médicaments sédatifs en neuro-psychiatrie
courante
La Vie Médicale, 1956, mai pp. 45-49

BEYSSAC Paul

Le point de vue de l'odonto stomatologiste vis-à-vis des troubles cardiovasculaires provoqués par nos anesthésiques locaux

BOISLAMBERT (de) M.P.

Utilisation rationnelle des barbituriques.

La Clinique 1955, n° 489, juin p. 424
Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres de France, 1955, 3 mai

BONDUELLE M. et DELAHOUSSE

Thérapeutique de l'insomnie. Les barbituriques

La Revue du Praticien, 1959, 21 décembre, Tome IX, n° 33, pp. 3585-3597

BUISSON Guy

Médication pré-anesthésique.

Communication faite au cours de la séance de la Société d'Odontologie de Paris, du 4 février 1958

CAHN J., Melle HEROLD M., GEORGES G. et PIERRE,

Critères d'activité d'un corps agissant sur le système nerveux central

Anesth. et An. Réan. 1958, Novembre-Décembre, Tome XV, n° 5, pp. 889-907

CAMPAN L. et Mme ESPAGNO M.-Th

Place actuelle en anesthésie du MEBUBARBITAL et du BAYTINAL

Société de Chirurgie de Toulouse, 1956, 21 mars

La Presse Médicale, 1956, juin, 64, n° 44, 2 pp. 1938

CARCASSONNE Y.

Le traitement des insomnies.
Revue générale de Médecine et de Chirurgie de l'Union Française : 1955, 1er décembre, n° 691, pp. 2489-2494

CARETTE L.

Actions des anesthésiques sur le fonctionnement hépatique.
Cahiers d'Anesthésiologie, 1956, mars, Tome 3, n° 6, pp. 531-551

CHAILLAT

Le NEMBUTAL en prémédication opératoire
Thèse de Médecine, Paris, 1952

CHAPUT A., MARC A., GABOLY G., DEBRY D.
et NEU E.

Un cas de fracture de la mandibule, chez un enfant de 6 ans traité par ligaturestrans-coronaires.
Cahiers de traumatologie pratique, 1957, Novembre, n° 47, pp. 3-6

CHOLLET P.

Contribution à l'étude du métabolisme de base sous sommeil
Thèse de Médecine, Toulouse, 1956

CHOPIN J.

L'utilité de la prémédication.
Cahiers d'anesthésiologie, 1954, juin 2, n° 1, pp. 41-56

COUTELLE R., MOISSINAC

Bronchoscopie et Anesthésie
Anesthésie et Analgésie et Réanimation, 1959, février, Tome XVI, n° 1; pp. 61-69

COYAS A. et AMAR R.

L'amygdalectomie sous anesthésie endotrachéale.

Gazette des Hôpitaux, 1956, avril
n° 10-11, 10-20, pp.477-478.

DELAY J. et THUILLIER J.

Psychopharmacologie des hypnotiques.

La Vie Médicale, n° spécial, 1958

Noël pp.11-13

DROHOGKI Z.

L'électroencéphalogramme quantitatif
de l'homme au cours de l'installation
du sommeil provoqué par le NEMBUTAL.

Revue Neurologique, Paris 1957 juin
96 6, pp.475-490

DRUMMARD S.L., JACKSON

Prémédication et anesthésie

(Le dentiste de France)

M. DUBOUCHET

Manuel d'anesthésie.

Flammarion, Paris 1945

FISHGOLD H., SCHWARTZ B.A., DREYFUS C. et BRISAC

Indicateur de l'état de présence et
tracés électro-encéphalographiques dans
le sommeil nembutalique.

Electroencephalography and clinical
Neurolophysiology, 1959, février.
vol. XI n°1 pp.23-33

GAYRAL L.

Les nouveaux médicaments sti-
mulants "psychotoniques", sédatifs "tran-
quillisants" et neuroleptiques en prati-
que générale.

Gazette des Hôpitaux, 1958 novembre
n° spécial pp.1125-1136

GUINET P., REVOL A., NORMAND J. et
et FREDERICH A.

Le métabolisme de base au cours du
sommeil provoqué.

La revue de Lyon de Médecine

1958, janvier, 15 tome 7, n° 1, pp.25-32

HUGUENARD P.

Quelques indications du MEBUBARBITAL
intra-veineux.

Anesthésie et Analgésie 1954 décembre
tome XI n°4 pp.770-771

HUGUENARD P., PALFER SOLLIER

L'anesthésie en chirurgie odonto-
stomatologique.

JUNES S. Mme

Psycho-physiologie pré-opératoire, pré-
médication.

Thèse Bordeaux 25 mars 1955
n°28 p.47

LEVY J.

Pharmacodynamie et biochimie de
barbituriques

Anesthésie et Analgésie 1936 2
177-217 avril et juin.

MARCENAC N.

Pré-anesthésie.

Encyclop. Vet. Pér. 1945 2 86

MIQUEL S.

La prémédication anesthésique chez
l'enfant.

Thèse de médecine et de pharmacie de
Marseille 8 juillet 1957

MONTAG H., WIRTZ H.

La préparation à la narcose par inha-
lation chez l'enfant par le NEMBUTAL.

Zentralblatt für chirurgie.
Leipzig, 21 décembre 1957
82 51, pp.2092-2098

NOEPPPEL O.

L'angoisse dentaire et son traitement.

PART M.

Le point de vue du cardiologue vis-à-vis de l'anesthésie en stomatologie
Société Odonto-Stomatologique de Lyon
et de la région lyonnaise,
14 décembre 1955.

PORTMANN G. (Professeur)

Discussions portant sur l'anesthésie
des pharyngolaryngites.
Société d'oto-rhino-laryngologie de
Bordeaux et du Sud-Ouest.
Séance du 18 novembre 1956 (Agen)
Semaine des Hôpitaux de Paris, 1957
6 avril n°21 p.1359

RICHARD A.

Psychologie et anesthésie locale.

RICHARDS et HAZARD

Précis de thérapeutique et de pharmacologie.
Masson, Paris 1943

RISER M., GERAUD J., RASCOL A., RISER A.
et CHOLLET P.

Le métabolisme basal sous sommeil provoqué (technique et application clinique).
La semaine des Hôpitaux, 1957
20 février n°17 p.635

VALETTA et SALVANET

Monographies 1952 n°1
Le métabolisme de base au cours du

sommeil provoqué.

Le Guide du Praticien, 1958

juin pp.28-29

MEBUBARBITAL

An. Pharm. Franç. 1955 13

pp.770-772

SCHWARTZ B.A.

Endormissement et réveil nembutali-
qués de l'adulte.

Thèse de Médecine, Paris 1958.

